



Número: **0821258-75.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **24/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46154571	23/07/2021 11:28	Petição	Petição
46154573	23/07/2021 11:28	2711108_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46154576	23/07/2021 11:28	2711108_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyson Fedeiro Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 063591374 / 70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sr Carlos Fernando Serafim inscrito (a) no CPF sob o Nº 061926514 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sr Carlos Fernando Serafim, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061926514 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

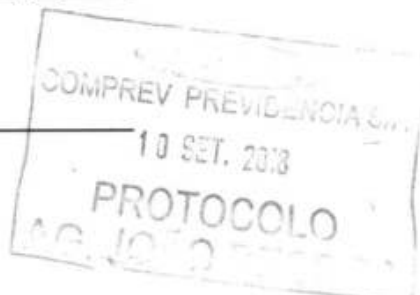
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Euclides de Farias Correia Neto</u>		Número <u>35</u>	Complemento
Bairro <u>Santa Rosa</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58100-000</u>
Email <u>GLEYSON NETTO@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>839986434993</u>	Telefone celular (DDD) <u>8399953165</u>

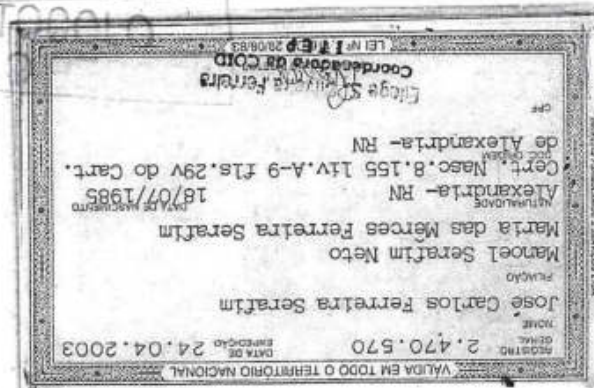
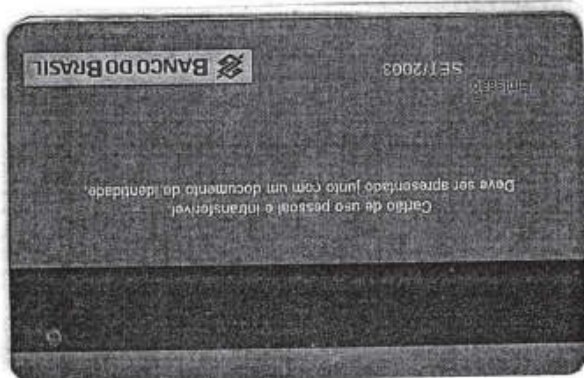
Campos, 01 de Setembro de 2018
Local e Data

Gleyson Fedeiro Oliveira
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017





COMPREV PREVIDENCIA

10 SET. 2018

PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE TRANSPORTES

1545352014

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1545352014

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545352014

PARAÍBA

GLAYSON MEDEIROS OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
3158878 SSP PB

CPF 043.591.374-70 DATA NASCIMENTO 22/08/1987

Função
JOSE MARTINS DE OLIVEIRA
MARIA DA GUIA DE MEDEIROS

PERMISSÃO ACC CALHA AB

1ª habilitação 07/12/2022 25/10/2007

04216755706

Observações

Assinatura do Portador

Assinatura do Emissor

DATA EMISSÃO 14/12/2017

67178738669
PB035835095

COMPREV PREVIDENCIA S/A

10 SET. 2013

PROTOCOLO

AG. JO. O. RECCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013747976360

DETRAN - PB DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01075103751 2017

JOSE CARLOS FERREIRA SEPARIM

06192651400

NOVO

PAS/MOTOCICLE/PAO APHIC

HONDA/CGI 50 PAN ESDI

2 P/115 /CI

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

PB Nº 013747976360

BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 22/09/2017

06192651400

NOVO

01075103751

2014

9

9C2KC1680ER558415

HONDA/CGI 50 PAN ESDI

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

SEGURO DPVAT

SEGURO

20/09/2017

20/09/2017

COMPREV PREVIDENCIÁRIO
10 SET. 2013
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417342 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA/ LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA DO JOELHO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR VALTH MENEZES GUIMARÃES, CRM-PB 6326, DATADO EM 14/06/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417342 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA TÍBIA/ LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA DO JOELHO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR VALTH MENEZES GUIMARÃES, CRM-PB 6326, DATADO EM 14/06/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ CARLOS FERREIRA SERAFIM brasileiro(a), estado civil CASADO, inscrito no CPF de nº. 061.926.514-00, e no RG de nº 2.470.570, residente e Domiciliado a Rua: DA REPÚBLICA, nº 45, Bairro: CENTENÁRIO, na Cidade de CAMPINA GRANDE/Estado: PARAÍBA, CEP: 58.428-070.

OUTORGADO: GLEYSON MEDEIROS OLIVEIRA, brasileiro, casado, Consultor, inscrito no CPF de Nº. 063.591.374-70 RG de nº 3158878, SSDS/PB, residente e domiciliado na Rua Eurides de Farias Correia de Melo, 35, Santa Rosa, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSÉ CARLOS FERREIRA SERAFIM, ocorrido em 07/08/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 17 de AGOSTO de 2018.



José Carlos Ferreira Serafim

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Luciane Cavalcanti
Praça da Bandeira, 165, Centro - C. Grande - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
JOSÉ CARLOS FERREIRA SERAFIM.

Campina Grande/PB 17/08/2018
Em testemunho da verdade. Dou fé
Escrevente: **LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS**
Seio Digital: AHJ52330-590V
Confira os dados em <https://setodigital.tjpb.jus.br>
Em: R\$9,48 ISS R\$0,47 Forpém R\$0,28 Fep: R\$1,74, MP, R\$0,15
Luciana Carolino dos Santos
Escrevente Autorizada

2º CARTÓRIO DE NOTAS
CAMPINA GRANDE-PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328686/18

Vítima: JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM

CPF: 061.926.514-00

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS FERREIRA
SERAFIM

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GLEYSON MEDEIROS OLIVEIRA : 063.591.374-70

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM : 061.926.514-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018
Nome: GLEYSON MEDEIROS OLIVEIRA
CPF: 063.591.374-70

GLEYSON MEDEIROS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM

Nº Sinistro: 3180417342

Vítima: JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM

Data do Acidente: 07/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYSON MEDEIROS OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417342**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13373665

Pag. 00803/00804 - carta_01 - INVALIDEZ



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 061.926.514-00	Nome completo da vítima Jose Carlos Ferreira Benafim
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Carlos Ferreira Benafim	CPF titular da conta 061.926.514-00	Profissão Administrador
Endereço Rua da República	Número 46	Complemento
Bairro Centenário	Cidade Campina Grande	Estado PB
Email admjosecarlos19@gmail.com	CEP 58428-070	Telefone (DDD) 83 99800-2163

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO: 0937 D/V:		CONTA NRO: 40968 D/V: 4	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome:		NRO:	
AGÊNCIA NRO:		CONTA NRO:	
D/V:		D/V:	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Campina Grande, 22 de Agosto de 2018

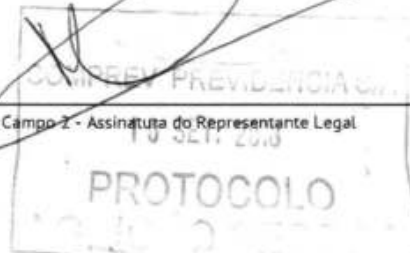
Local e Data

Jose Carlos Ferreira Benafim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00360.01.2017.2.00.420

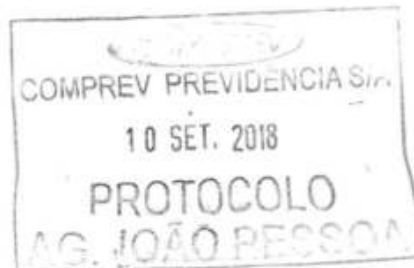


OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 07/08/2017 **Hora:** 18:09:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Avenida Rio Branco, Prata, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

COMUNICANTE	Nome: Catarina Dias Simões Ferreira%
	Conhecido por: Não informado
VITIMA	Filiação: Maria do Socorro Dias Simões e Antonio Assis Simões
	Idade: 39 Data de Nascimento: 08/04/1978 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedora
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 037.747.794-06
	Endereço: Rua- da República, 45, Centenário, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98800-0018
	Nome: José Carlos Ferreira Serafim
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria das Mercedes Ferreira Serafim e Manoel Serafim Neto
	Idade: 32 Data de Nascimento: 18/07/1985 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Alexandria
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Administrador
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 061.926.514-00
	Endereço: Rua- da República, 45, Centenário, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98877-7028



Procedimento Policial: 00360.01.2017.2.00.420





TESTEMUNHA	Nome: Afonso Dias Simões Conhecido por: Não informado Filiação: Maria do Socorro Dias Simões e Antonio Assis Simões Idade: 35 Data de Nascimento: 04/09/1982 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Técnico Em Informática Documentos(s) de Identificação: CPF nº 050.759.964-00 Endereço: Rua- Osvaldo Cruz, 1233-B, Centenário, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98713-9616
	Nome: Charles Dias Simões Conhecido por: Não informado Filiação: Maria do Socorro Dias Simões e Antonio Dias Simões Idade: 43 Data de Nascimento: 30/04/1974 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Fotógrafo Documentos(s) de Identificação: CPF nº 887.449.904-30 Endereço: Rua da República, 45, Centenário, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98800-0018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESDI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2014, placa QFD-5287, chassi 9C2KC1680ER558415, renavam 0107510375-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 2
(1) José Carlos Ferreira Serafim (VITIMA)

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESDI, Ano/Modelo 2014/2014, cor preta, Placa QFD-5287-PB, Chassi de Nº 9C2KC1680ER558415, licenciada em nome do comunicante José Carlos Ferreira Serafim, quando trafegava na Avenida Rio Branco, bairro da Prata, momento em que num cruzamento o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado, entrou no cruzamento e colidiu contra a moto em que a vítima pilotava, vindo esta a cair ao solo e sofrido fratura exposta inferior Joelho e Tibia na perna esquerda, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito, visto que o condutor do veículo evadiu-se do local. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo Causador do Acidente.

Procedimento Policial: 00360.01.2017.2.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 06 de novembro de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Catarina Dias Simões Ferreira
CATARINA DIAS SIMÕES FERREIRA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00360.01.2017.2.00.420

3/3



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Carlos Ferreira Siqueira

CPF da Vítima

061.926.514-00

Data do Acidente

09/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Campina Grande *22* de *Agosto* de *2018*
Local e Data

Jose Carlos Ferreira Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/8/2017	HORA: 18:09 HS	ID Nº: 1597947
NOME:	JOSÉ CARLOS FERREIRA SERAFIM	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	AV. RIO BRANCO - PRATA	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 15 de agosto de 2017.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000040968-4

Nr. da Autenticação 6E28D41B8EA6B214







CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

12048801

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE MARTINS DE OLIVEIRA
RUA EURIDES DE FARIAS C MELO, 35 - SANTA ROSA
CAMPINA GRANDE PB 58400-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.013.030.0266.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y125030200	18/12/2012	EXTERNO LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
948	961	13	32	13/09/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017	M5.	
JUL/2018	15	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2018	14	0	TURBIDEZ	0	0	0
MAI/2018	15	0	COLOR	0	0	0
ABR/2018	16	0	COL. TERHOT	0	0	0
MAR/2018	15	0	COR	0	0	0
FEV/2018	15	0	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	15		DADOS REFERENTES A:	JUN/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 14/08/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:03:20

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	3 M3	11,73
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 05/2018 06/2018 07/2018		6,62
JUROS DE MORA 05/2018 06/2018 07/2018		3,19

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,75 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

26/08/2018

Total a Pagar:

R\$ 104,45



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12048801	AGO/2018	26/08/2018	R\$ 104,45



PREVIDENCIACIA
10.3.1.2018
PROTOCOLO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2021 11:28:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072311281736600000043852403

Número do documento: 21072311281736600000043852403



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08212587520198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE CARLOS FERREIRA SERAFIM**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 21 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

